



HET DOEL HEILIGT DE MIDDELEN?

PROF.DR. DIKE VAN DE MHEEN

HET DOEL HEILIGT DE MIDDELEN?

Oplage	1000
Omslagfoto	Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp	Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk	Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

ISBN 97-8907790-65-07

© Prof.dr. Dike van de Mheen, oratiereeks Erasmus MC
mei 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

HET DOEL HEILIGT DE MIDDELEN?

REDE

uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van
het ambt van bijzonder hoogleraar aan
het Erasmus MC
- faculteit van de Erasmus Universiteit -
vanwege de Stichting Volksbond Rotterdam,
gevestigd bij het IVO, met de leeropdracht Verslavingsonderzoek,
op 28 maart 2008

door

PROF.DR. DIKE VAN DE MHEEN

Meneer de Rector Magnificus, meneer de decaan, dames en heren,

We hebben allemaal zo onze doelen in het leven. Kleine doelen: vandaag de auto wassen en de boodschappen doen, iets grotere doelen: je eindexamen gymnasium halen, of echt grote doelen: iets doen aan de klimaatverandering of de oorlog in Darfur. Om die doelen te bereiken gebruiken we middelen, al dan niet geoorloofd. Over het gebruik van middelen gaat dit verhaal. En over de vraag of we onze doelen daarmee bereiken.

De Van Dale (1992) geeft enkele mooie definities van een “doel”. Als eerste: een vastgesteld eindpunt, het doel van de reis. De tweede definitie is meer overdrachtelijk: “datgene waarnaar men streeft, dat men probeert te bereiken, te verwezenlijken”. De Van Dale geeft ook uitsluitel over de betekenis van “middel”: dat is “datgene wat gebezigd wordt om een doel te bereiken, om ergens te komen”. Een andere betekenis die in deze rede ook een rol zal spelen is de volgende: “datgene wat gebruikt wordt om bepaalde fysieke effecten teweeg te brengen, waarbij daar cursief aan wordt toegevoegd *“bijvoorbeeld verdovende middelen”*”.

Dan rest nog de gehele titel: “het doel heiligt de middelen?” De Van Dale zegt hiervan: “tot bereiking van een goed doel zijn alle middelen geoorloofd” of met andere woorden “als het doel maar goed is, komt het op de middelen waardoor men het zoekt te bereiken niet aan, worden zelfs ongeoorloofde middelen geoorloofd”. Interessant hier is dat het moet gaan om een *goed* doel, en dat er blijkbaar sprake is van *geoorloofde*

en ongeoorloofde middelen. Beide aspecten zullen in de komende drie kwartier aan de orde komen.

Deze rede gaat over middelengebruik, risicogedrag en verslaving. Onder middelengebruik verstaan we het gebruik van stoffen die een farmacologisch effect hebben als alcohol, drugs en nicotine. Risicogedrag zijn gedragingen die niet gebonden zijn aan het gebruik van een stof, maar wel een mogelijk verslavend effect hebben, zoals gokken of problematisch internetgebruik.

Ik zal op twee niveaus naar middelengebruik, risicogedrag en verslaving kijken: het individu en de maatschappij. Vervolgens zal ik mijn persoonlijke doel en middelen daaraan toevoegen.

Het niveau van het individu

Ik begin met het niveau van het individu. Om te weten wat u in dit eerste deel te wachten staat: ik zal ingaan op de vraag of verslaving een hersenziekte is en vergelijkbaar met andere chronische ziekten, of dat verslaving een morele keuze is. Vervolgens besteed ik expliciet aandacht aan middelengebruik bij jongeren.

Wat is het doel van het individu ten aanzien van middelengebruik? De Rotterdamse psychiater Van Epen (Van Epen, 2002) definieert “drugs” als “stoffen die een verandering van het menselijk bewustzijn veroorzaken en om die reden worden ingenomen”. Met deze definitie zou je kunnen beweren dat koffie en alcohol hier ook onder vallen. Koffie wordt in het algemeen gedronken met de bedoeling er “wakker” door te worden of te blijven, dus een verandering van het menselijk bewustzijn. Alcohol wordt wellicht soms om die reden ingenomen, maar soms ook gewoon omdat het lekker smaakt, afgezien van het effect. In deze beschrijving zien we dat het eerste doel van een individu bij middelengebruik of risicogedrag vaak een onschuldig, in zijn of haar ogen “goed” doel is. Om met Van Dale te spreken: middelengebruik is “plezier”. Het is in eerste instantie bedoeld als iets aangenaams en iets prettigs; verslaving is dan nog niet in zicht. We spreken pas van verslaving als de gebruiker niet meer zonder het middel kan en er voortdurend naar hunkert. Verslaving kenmerkt zich door het dwangmatig zoeken naar drugs en dwangmatig gebruik, zelfs als de gebruiker de negatieve gezondheidsschade en de sociale gevolgen ervan goed onder ogen ziet (DSM IV) (American Psychiatric Association, 2000). Er gaat echter een hele keten aan vooraf voordat middelengebruik tot verslaving leidt, van het eerste contact met een middel, via experimenteren, integreren, en excessief gebruik tot aan uiteindelijk de verslaving.

Het klassieke werk “Becoming a marihuana user” van Becker uit 1953 is hierbij interessant. Dit gaat expliciet over het gebruik van marihuana “voor je plezier”. Het stamt nog uit de tijd dat men ervan overtuigd was dat marihuana niet verslavend is, geen onthoudingsverschijnselen kent en geen noemenswaardige craving. Craving is de onbedwingbare trek naar een middel of gedrag. Zelfs “plezier”, aldus Becker, kan alleen onder bepaalde voorwaarden worden bereikt, anders zal de gebruiker na het eerste experiment afhaken. Ten eerste moet hij of zij weten hoe marihuana gerookt moet worden om het gewenste effect te bereiken, techniek dus. Ten tweede moet hij of zij leren het effect te herkennen, en ten derde, moet hij of zij leren om de sensatie die men ervaart leuk te vinden: je moet eraan wennen. Kortom: zelfs plezier is nog niet zo simpel! Dit geldt evenzeer voor andere middelen. U weet het waarschijnlijk allemaal nog wel: de eerste sigaret en het eerste biertje waren helemaal niet zo lekker!

Het doel van een individuele gebruiker is om zich prettiger te voelen door gebruik van een middel of ander gedrag dat risicovol is, als gokken of gamen. Deze middelen grijpen in op de hersenen via beloningssystemen, en geven dus een plezierig effect. Dopamine is de stof die vrijkomt als het beloningssysteem wordt geprikkeld. Wanneer het beginnend gebruik via deze invloed op de hersenen uiteindelijk leidt tot verslaving

spreken we van een hersenziekte. Verslavende middelen leiden tot veranderingen in de hersenen die blijvend zijn, ook als het gebruik stopt.

In dit kader is de opmerking van collega Noorlander (2008) van belang, psychiater bij een dubbel diagnose afdeling, voor patiënten met zowel een psychiatrische aandoening als verslavingsproblematiek. Verslaving mag dan een psychiatrische aandoening zijn, er is toch een wezenlijk verschil met alle andere psychiatrische ziekten. Zij zei “ik ben nog nooit iemand tegen gekomen die terugverlangt naar zijn eerste depressie!” Ook de vergelijking met iedere andere chronische aandoening gaat op dit punt mank. Ik kan geen andere ziekte bedenken die in aanvang, ook niet in de allermildste vorm, leuk is. Middelengebruik is dat over het algemeen wel.

Terug naar de definitie van “doel”. Volgens de Van Dale heeft de individuele gebruiker dus bij het eerste gebruik van het middel of het risicogedrag een “goed” doel en zijn de middelen dus geoorloofd. Alle negatieve gevolgen die samenhangen met een mogelijke verslaving zijn nog niet in zicht. Dus in dit stadium kan de vraag van mijn rede nog met een volmondig “ja” beantwoord worden: voor het individu heiligt het doel de middelen. Althans in deze fase van hun middelengebruik. Maar daarna wordt het minder leuk.

Van plezier naar verslaving: is verslaving een hersenziekte?

We gaan van plezier naar verslaving. Is verslaving een hersenziekte? Er wordt in de literatuur de laatste jaren een heftige discussie gevoerd of verslaving moet worden beschouwd als een hersenziekte, of als een morele keuze. Hebben mensen die bezwijken voor het genot van gebruik van alcohol, cannabis, cocaïne of nicotine een slappe wil, of kunnen ze niet zoveel doen aan hun voortdurend gebruik? Dit debat wordt vaak gevoerd tegen de achtergrond van de discussie of, en in welke mate, verslaafde individuen verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun gedrag. Er is voldoende wetenschappelijk bewijs dat verslaving als ziekte gezien kan worden, maar het ziektemodel op zich geeft helaas geen volledig antwoord op de vraag van vrijwilligheid en controle van gedrag. Neurobiologisch en psychologisch onderzoek suggereert dat verslaafde individuen ernstig beperkt zijn in hun cognitieve controle over eigen gedragingen. Dit “controle verlies” is echter niet volledig (Hyman, 2007).

Ook de aanhangers van het ziektemodel sluiten eigen verantwoordelijkheid niet helemaal uit. Het ziektemodel reduceert verslaafde mensen dus niet tot individuen zonder eigen wil, die permanent geleefd worden door externe “cues”. Hoewel nog niet alle neurologische mechanismen bekend zijn is wel duidelijk dat ze een grote rol spelen. Neemt niet weg dat ook omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen in het verslavingsgedrag. Door onder andere beleidsmaatregelen, professionele zorg en

goede hulp van familie en vrienden, kunnen verslaafden deels controle krijgen over hun middelengebruik. Het ziektemodel maakt echter duidelijk waarom herstel zo moeilijk is en waarom terugval optreedt, ook lang nadat iemand met gebruik is gestopt (Hyman, 2007).

Hoewel dit wetenschappelijk neuro-biologisch inzicht met betrekking tot verslaving betrekkelijk nieuw is; problemen met impulscontrole zijn er altijd al geweest. De bijbel geeft ons daar al een aantal voorbeelden van. Adam en Eva in het paradijs weten wat de gevolgen zijn van het eten van de verboden vrucht, maar ze doen het toch (Powell, 2007). Ook de vrouw van Lot kijkt achterom, en verandert in een zout-pilaar. Kortom: de geest is gewillig, maar het vlees is zwak. Er is niets nieuws onder de zon, en dat zal in de toekomst ook niet veranderen.

Alan Leshner heeft in 1997 in het vooraanstaande wetenschappelijke tijdschrift *Science* een inmiddels beroemd artikel gepubliceerd met de veelzeggende titel: *Addiction Is a Brain Disease, and it Matters* (Leshner, 1997). Verslaving is, volgens Leshner, een chronische terugkerende ziekte, veroorzaakt door langdurige veranderingen in de hersenstructuur en -functie. Hij betoogt hiermee dat beleid te eenzijdig gericht is op sociale en justitiële aspecten, en dat het daardoor ook grotendeels onsuccesvol is. We missen, aldus Leshner, minstens de helft van het probleem. Als de hersenen een belangrijk onderdeel van het probleem zijn, moet de oplossing ook voor een groot deel daarin worden gezocht. Wanneer we verslaving als hersenziekte beschouwen, bepaalt dat ook hoe we als maatschappij met verslaafde mensen omgaan. Ook al komt verslaving voort uit in eerste instantie vrijwillig gedrag, uiteindelijk is het verslaafde brein anders dan een niet-verslaafd brein, en moet een verslaafde persoon dus ook anders benaderd worden. Er zijn weinig deskundigen die de visie van Leshner betwisten, en ook ik schaar me achter zijn mening. Ik zal echter verder betogen dat we er daarmee niet zijn.

Want waarom raken sommige mensen verslaafd en andere niet? Wat bepaalt de individuele kwetsbaarheid? Dit is een combinatie van genetische kwetsbaarheid én omgevingsfactoren, of anders gezegd: een interactie tussen aanleg of “nature” enerzijds, en omgeving of “nurture” anderzijds (Wetering van de & Czyzewski, 2001).

Eén van de goeroes in het sociaal wetenschappelijk verslavingsonderzoek is Zinberg. Hij stelt in zijn bekende driehoek de drug, de set en de setting centraal (Zinberg, 1984). Deze drie componenten bepalen het risico op middelengebruik en verslaving. De “drug” heeft betrekking op de invloed van een specifiek middel of gedrag. De “set” betreft de individuele factoren als genetische aanleg en persoonlijkheidskenmerken. Uit onderzoek weten we dat bepaalde genen met verslaving samenhangen. We weten nog niet alles en de relatie is complex, maar enkele tientallen genen hebben er zeker mee te maken (O’Brien, 2004). De “setting” heeft betrekking op de omgevingsfactoren, als

sociaal-economische omstandigheden, de rol van ouders en vrienden, maar ook op zorg en beleid. Verslaving is dus geen vrijwillige stoornis. Het is weliswaar een vrijwillige keuze om een middel voor het eerst te proberen, maar ook dat eerste gebruik wordt beïnvloed door omgevingsfactoren.

Is verslaving vergelijkbaar met andere chronische ziekten?

Charles O'Brien is hoogleraar psychiatrie en directeur van het Centrum voor Verslavingsonderzoek in Philadelphia. Hij stelt dat verslaving een chronische ziekte is die vergelijkbaar is met willekeurige andere chronische ziekten als diabetes, astma of hoge bloeddruk. Een patiënt met suikerziekte, hoge bloeddruk of astma heeft ook een genetische aanleg en kan zijn opgegroeid in een omgeving met een hoog risico; het begin en de ernst van de stoornis worden echter mede bepaald door gedragskenmerken als het gebruik van voedsel met een hoog suiker en/of cholesterolgehalte, roken en al dan niet gebrek aan lichaamsbeweging (O'Brien, 1996). Wanneer we dit vertalen naar verslaving betekent dit dat mensen, ondanks genetische kwetsbaarheid voor verslaving, ook deels verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag. De mate en ernst van de problemen die verslaving met zich mee brengen zijn in deze visie in grote mate afhankelijk van hoe iemand ermee omgaat.

Ik deel dit standpunt. Wanneer we verslaving beschouwen als een chronische ziekte, weliswaar met als uniek kenmerk dat het middelengebruik, voordat het tot verslaving heeft geleid bij aanvang plezierig is, kunnen verslaafden ook benaderd worden als "gewone" patiënten met dezelfde rechten en plichten. Op 12 februari jl. bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een advies uit over rechten en plichten van patiënten (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008). Volgens dit advies moeten patiënten op hun gedrag ten aanzien van hun ziekte kunnen worden aangesproken. Mijns inziens is dit terecht en geldt dit ook voor verslaafden. In deze discussie is de betekenis van het woord "vrijwillig" van belang. Gebrek aan vrijwilligheid betekent gebrek aan rationele capaciteit (Morse, 2007). Maar, hoewel van een verslaafde de rationele capaciteit ernstig is aangetast op het moment dat hij of zij op zoek is naar drugs of onder invloed is, is dat niet continu het geval. De rationele capaciteit gaat dus op en neer. Wanneer een verslaafde niet in een ernstige staat van craving is, is hij of zij in staat preventieve maatregelen te nemen die onverantwoordelijk gedrag voorkomen wanneer de craving zich weer aandient. Aangezien in de volksgezondheid keuzes moeten worden gemaakt, het geld kan maar één keer worden uitgegeven, kan van de patiënten, dus ook van verslaafden, commitment worden verwacht.

Mijn overtuiging is echter dat aanvullend op de verantwoordelijkheid van de patiënt ook de maatschappij verantwoordelijk is. De eerder genoemde omgevingsfactoren

als werkloosheid, armoede, woonsituatie et cetera zijn immers ongelijk verdeeld over bevolkingsgroepen. Hier heeft het individu geen of weinig invloed op. Verslaafden kunnen niet volledig verantwoordelijk zijn, niet alleen vanwege hersenveranderingen, maar ook niet vanwege het feit dat hun leefomstandigheden soms weinig waardige alternatieven bieden (Powell, 2007).

Overheden hebben hier een verantwoordelijkheid om juist bij de genetisch kwetsbare groepen de overige risicofactoren in de omgeving te beperken. Dit geldt ook voor beschikbaarheid van middelen als alcohol en drugs en de mogelijkheden tot risicogedrag (bijvoorbeeld toegang tot gokautomaten en het aanbod van computergames). Beleidsmaatregelen als openings- en sluitingstijden van horeca en coffeeshops en handhaving van leeftijdsgrenzen zijn onder andere middelen die de overheid ter beschikking heeft. Op de rol van de maatschappij en de overheid kom ik later terug.

Vrijwilligheid: is verslaving een morele keuze?

Nu de invloed van vrijwilligheid: is verslaving een morele keuze? Voorstanders van het ziektemodel benadrukken dat dit model de stigmatisering van verslaafde mensen vermindert en de toegang tot en het gebruik van zorg vergroot. Voorstanders van het morele keuzemodel menen echter dat het zoeken en gebruiken van drugs een serie van vrijwillige en geplande acties omvat, en dus geen simpele impulsieve of automatische handelingen zijn. In het morele keuzemodel zal medicalisering verslaafde mensen leiden tot een fatalistische houding en hen een excuus geven voor hun handelen (Hyman, 2007).

Er wordt ondanks alle wetenschappelijke inzichten toch nog aan het psychiatrische ziekte model getwijfeld. De Britse psychiater Theodore Dalrymple (2006) vindt bijvoorbeeld dat verslaafden verantwoordelijk zijn voor hun eigen toestand. Genetische aanleg is volgens hem onzin; de maatschappij houdt mensen aan de onderkant van de samenleving voor dat ze zielig zijn en dat de oorzaak van hun toestand buiten henzelf ligt. Het lijkt vreemd dat deze arts zoveel aandacht en aanhang krijgt in het debat. Hij gaat voorbij aan alle wetenschappelijk onderzoek, waarin het tegendeel wordt aangetoond. Dit soort morele overwegingen komen echter niet uit het niets. Ze hebben een lange ontstaansgeschiedenis en een voedingsbodem in bepaalde culturen en maatschappelijke verhoudingen in een land of gebied. Ze hebben daarmee grote invloed op het oordeel over en de reactie op middelengebruik en risicogedrag (Van der Stel, 2002). Maar vooral bepalen de politieke en ideologische verhoudingen hoe een samenleving aankijkt tegen het gebruik van middelen. Een voorbeeld is het huidige besluit van de Gemeente Rotterdam om alle coffeeshops te sluiten die binnen een straal van 200 meter hemelsbreed van een jeugdvoorziening liggen. Uit onderzoek

is overtuigend aangetoond (Gemeente Rotterdam, 2004) dat dit niet helpt om het cannabisgebruik onder jongeren tegen te gaan. Dit besluit kwam echter onder politieke druk tot stand, ook al is bekend bij de besluitvormers dat het effect op cannabisgebruik gering zal zijn.

Middelengebruik bij jongeren

Nederlandse jongeren drinken, blowen, en gebruiken xtc, paddo's en cocaïne relatief veel. Nederland scoort hoger dan de meeste Europese landen (Nationale Drugs Monitor, 2008). Dit baart zorgen: het adolescent brein is “nog niet af”, en vatbaarder voor veranderingen in de hersenen dan op oudere leeftijd. Mijn collega Reinout Wiers (2006) heeft aangetoond dat bij middelengebruik bij jongeren vooral impliciete processen een rol spelen. Een rationele vrijwillige afweging wordt wellicht nog gemaakt bij het eerste gebruik, daarna spelen vooral impliciete cognities, dat zijn onbewuste processen, een rol. Reden waarom veel preventieve voorlichtingsmaatregelen op die leeftijd niet werken, deze gaan er immers van uit dat jongeren op basis van kennis hun houding en gedrag ten aanzien van middelengebruik veranderen. Dit lijkt niet zo te zijn: het adolescent brein is maar gedeeltelijk in staat lange termijn gevolgen te overzien (Smit, 2007). De kans op verslaving neemt toe als men op jonge leeftijd begint. Het jonge brein is plastisch en kan meer leren. De veranderingen die in de hersenen plaatsvinden zijn dus groter. Dit maakt het moeilijker om op latere leeftijd te stoppen (Smit, 2007).

Dit is een argument om bij jongeren beleidsmaatregelen meer en strenger toe te passen, ook al wordt dit ingrijpen in plezier door hen niet op prijs gesteld. Het doel heiligt de middelen! Het gaat tenslotte om onze kinderen, dus om onze toekomst. Een serie Amerikaanse onderzoeken maakt duidelijk dat verhoging van de leeftijdsgrens voor alcohol feitelijk leidt tot een afname in drankgebruik en vooral van drankgerelateerde problemen. In een gezaghebbend artikel in de Lancet (Room et al., 2005) wordt betoogd dat er nauwelijks bewijs is voor de effectiviteit van populaire voorlichtingsactiviteiten als grote campagnes ter voorkoming van drankmisbruik. Echter, voor maatregelen die de ‘gelegenheid’ tot drinken reduceren, zoals een verhoging van de wettelijke minimumleeftijd, hogere prijzen en verminderde openingstijden, is er veel bewijs dat ze effectief zijn in een reductie van drankmisbruik. Collega Ronald Knibbe doet hier in Nederland onderzoek naar.

Daarnaast blijkt uit recent onderzoek van de vakgroep van mijn collega Rutger Engels dat de rol van ouders op het drinkgedrag van hun kinderen aanzienlijk is. Het advies is: niet drinken onder de 16 en duidelijke afspraken maken. Het idee van thuis mondjesmaat leren drinken is achterhaald (Vorst van der, 2007).

Het niveau van de maatschappij

Deel twee van mijn betoog betreft het niveau van de maatschappij. Wat staat u in dit deel te wachten? Ik maak eerst een uitstapje naar de management literatuur. Vervolgens belicht ik het doel en de middelen vanuit een Public Health perspectief. Zogenaamde Tipping Points spelen daarin een rol. Daarover later meer.

Wat heeft de maatschappij als doel ten aanzien van middelengebruik en verslaving? En welke middelen worden door de maatschappij hiervoor ingezet? Vooralsnog zijn er twee doelen te onderscheiden:

- Ten *eerste*: een maatschappelijke plicht om zieke en/of zwakke individuen in onze samenleving te helpen. Dat betekent dat we met de inzet van algemene middelen proberen de negatieve gevolgen voor het individu te beperken dan wel problemen voor het individu te voorkomen. Dit zijn bijvoorbeeld problemen op gebied van lichamelijk en psychische gezondheid, sociale relaties en huisvesting.
- Ten *tweede*: de problemen die voor de maatschappij ontstaan door middelengebruik en verslaving beperken dan wel uitbannen. Met andere woorden: wij, de burgers, willen er zo weinig mogelijk last van hebben.

In het vervolg van dit verhaal zal ik me vooral op het eerste doel richten. Dit kan bereikt worden door zowel preventie: het voorkomen van middelengebruik zelf, als door harm reduction: het beperken van problemen. Dit maatschappelijk doel *zelf* stel ik niet ter discussie, maar neem ik als uitgangspunt. Er volgt geen ethische analyse waarin doel en middelen tegen elkaar worden afgewogen; ik richt me op de vraag welke middelen we hiervoor in kunnen zetten.

Dan nu het uitstapje naar de managementliteratuur. Ik koppel de vier “P’s”, bekend als de marketingmix van Kotler (2003) aan de markt van middelen. De vier P’s slaan op product, prijs, plaats en promotie. Alle vier zijn middelen die een producent van legale en illegale stoffen, maar ook bijvoorbeeld een producent van computergames, gebruikt om zijn doel, namelijk omzet en winst, te bereiken. Dit ongeacht de maatschappelijke neveneffecten. Inzicht in de marketingmix van verslavende middelen of aanverwante artikelen geeft inzicht in hoe preventie en harm reduction succesvol kunnen zijn. Ervan uitgaande dat de vier P’s inderdaad worden ingezet door de producenten, heb ik getracht te bekijken wat we hier als maatschappij tegenover kunnen stellen. Ons doel is immers anders, namelijk de schadelijke gevolgen van middelengebruik te beperken, zoals gezegd, zowel voor het individu als voor de maatschappij. Welke middelen staan ons daarvoor ter beschikking? En heiligen ze ons doel?

De vier P's

Eerst een korte inleiding in de marketingmix.

Het *product*. Dat is alles wat aangeboden wordt op een markt dat een wens of behoefte van klanten kan bevredigen. De levensloop van producten is eindig, dus een producent zal voortdurend aan productontwikkeling moeten doen. Een voorbeeld in de alcoholbranche is de introductie van designerdrinks, beter bekend als breezers. In de gaming industrie is de introductie van nieuwe computerspellen niet bij te houden. Het spel World of Warcraft heeft sinds de introductie in 2004 10 miljoen deelnemers wereldwijd.

De *prijs* is een belangrijke factor in beïnvloeding van de vraag naar een product. Bekend is dat prijs van belang is in het niveau van de alcoholconsumptie. Naast allerlei prijsinitiatieven als happy hours kun je ook denken aan “kwantum korting”: 6 flessen wijn halen, 4 betalen. Het zou kunnen dat de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik toenemen bij bulkverkoop: het vergroot immers de voorraad in huis en bevordert daarmee opportunistische consumptie, wellicht juist bij de jongeren. (Munro & Wever de, 2008)

Het concept *plaats* omvat marketing activiteiten die te maken hebben met het distribueren van het product naar beoogde consumenten. Hierbij moet u denken aan het soort en aantal verkooppunten, leeftijdsgrenzen en openingstijden. Voorbeelden van plaatsen waar aanbod nu is toegestaan zijn de fruitautomaat in het café, alcoholverkoop in de supermarkten en cannabis uitsluitend in de coffeeshops.

En dan *promotie*. Dit is de combinatie van vijf vormen: reclame, sales promotie, public relations en publiciteit, persoonlijke verkoop en direct marketing. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan massa mediale campagnes zoals “roken moet mogen”, en sponsorschappen van sportevenementen en festivals zoals het Holland Heineken House bij de Olympische Spelen.

Een gedachte-experiment

Wat kunnen wij hier nu als maatschappij en overheid tegenover stellen? Wat zijn de middelen en maatregelen die ons ter beschikking staan. En wat weten we over de effectiviteit van deze maatregelen? Ik ga dit toe passen aan de hand van de voorbeelden alcohol, roken en cannabis. Hierbij ben ik verre van volledig, het koppelen van de vier P's aan deze maatregelen is te beschouwen als een gedachte-experiment.

Op het gebied van alcoholmaatregelen wordt gelukkig gebruik gemaakt van bestaande wetenschappelijke kennis. De Britse Medical Association bracht eind februari dit jaar een belangwekkend rapport uit getiteld: “Alcohol misuse: tackling the UK epidemic” (British Medical Association, 2008). Men breekt daarin een lans voor een combinatie van regulerende maatregelen, controle op consumptie en maatregelen om

schade te voorkomen. Het rapport geeft aanbevelingen op zes gebieden (Babor, 2008):

- Controle op de verkrijgbaarheid van alcohol,
- Bevordering van verantwoord gedrag van de alcoholindustrie,
- Implementatie van maatregelen om alcoholgebruik in het verkeer te verminderen,
- Bevordering van gezondheidsvoorlichting en opvoeding,
- Invoering van vroege interventies en behandeling,
- Ondersteuning van internationale samenwerking op het gebied van alcoholcontrole.

Hierin zien we drie van de vier P's terugkomen. De controle op verkrijgbaarheid door bijvoorbeeld afspraken rond verkooptijden en verhoging van accijnzen heeft betrekking op plaats en prijs. Het bevorderen van verantwoord gedrag door bijvoorbeeld het verbieden van onverantwoorde promotieactiviteiten, zoals marketing van breezers bij jongeren, betreft de P van promotie. Het bevorderen van gezondheidsvoorlichting en opvoeding heeft ook betrekking op promotie, maar dan een soort “tegen promotie”: in volksgezondheidstermen “preventie”. De P van product komt niet terug: begrijpelijk, de innovatie van producten is het terrein van de producent zelf, en niet van de maatschappij of de overheid.

Op het gebied van rookmaatregelen publiceerde de Wereld Bank in 2003 een overzicht van zes kosteneffectieve interventies om roken te ontmoedigen. Dit zijn:

- De prijs van tabaksartikelen verhogen,
- Een rookverbod instellen in openbare gelegenheden en werkplekken,
- Het budget voor tabaksontmoedigingsbeleid verhogen,
- Een verbod instellen op rookreclame,
- Waarschuwingen aanbrengen op tabaksartikelen,
- Het beschikbaar stellen van stoppen-met-roken behandelingen.

Ook hier zien we drie van de vier P's terugkomen: *prijs*, *plaats* en *promotie*. Dat wil zeggen: ook hier weer “tegen promotie”, namelijk preventie door middel van waarschuwingen. Met name wanneer deze maatregelen in samenhang worden ingevoerd kunnen ze de kans op ziekte en sterfte als gevolg van roken verminderen. Het rookverbod in de horeca wordt in Nederland eindelijk van kracht op 1 juli dit jaar.

Dan cannabis. De sluiting van coffeeshops wordt naar voren gebracht als maatregel om zowel overlast tegen te gaan als ook het gebruik te remmen. Sluiting van coffeeshops is echter mijns inziens een schijnoplossing. Tegenstanders van het Nederlandse coffeeshopbeleid voeren vaak als argument aan dat er een verkeerde uitstraling van coffeeshops uitgaat naar minderjarigen. Coffeeshops in de buurt van scholen zouden daarom ongewenst zijn.

Wat blijkt er uit onderzoek? Het overgrote deel van de jongeren begint tijdens de middelbare schooltijd met cannabis te experimenteren. Dat betekent dat een

coffeeshop in de buurt van een lagere school niet bedreigend is voor deze leerlingen; ze zijn er eenvoudig niet mee bezig. Verder koopt tweederde van de experimenteerders onder de 18 jaar hun cannabis niet in de coffeeshop. Uit Rotterdams onderzoek blijkt vervolgens dat de coffeeshops scherp controleren of er minderjarigen binnenkomen. Coffeeshops die toch worden betrap op aanwezigheid van minderjarigen raken hun vergunning voor een halfjaar kwijt. Een effectieve maatregel, want coffeeshops stellen portiers aan en controleren de leeftijd van hun klanten.

Het sluiten van coffeeshops is geen oplossing voor jongerenproblematiek, zoals spijbelen en voortijdig schoolverlaten. Is het niet tijd om werkelijk problemen op te lossen door preventie, vroegtijdige signalering en behandeling? Dit kan bijvoorbeeld door juist in de coffeeshop preventie uit te voeren. Het Trimbos-instituut heeft hiertoe bijvoorbeeld een folder met tips ontwikkeld en een cursus “goed gastheerschap coffeshoppersoneel”. Medewerkers van coffeeshops leren probleemgebruik te signaleren, veiligheid te bieden en regels te handhaven.

Terug naar de vier P's: wat zien we in het coffeeshopbeleid terugkomen? Dat zijn de P's van plaats en promotie. Het handhaven van de leeftijdsgrens en de controle daarop door middel van het vergunningenbeleid zijn elementen van plaats, evenals het afstandscriterium. De preventie in de coffeeshop valt wederom onder promotie. Afwezig zijn hier de P's van product en van prijs: bij een illegaal product kunnen de overheid en de maatschappij moeilijk invloed op inhoud en prijs hebben.

De algemene conclusie van dit uitstapje is dat er een heleboel maatregelen mogelijk zijn, die het gebruik van middelen of het vertonen van risicovol gedrag proberen aan banden te leggen. De gedachte is dat deze maatregelen leiden tot minder middelengebruik en tot minder daarbij behorende problemen, zowel voor het individu als voor de maatschappij. Onderzoek is echter nog wel nodig naar de effectiviteit van veel maatregelen. Mijn voorganger op deze leerstoel, Henk Garretsen, heeft bijvoorbeeld diverse voor- en nadelen van verandering van de sluitingstijden van de horeca goed op een rijtje gezet. Hij concludeert dat het uiteindelijke effect hiervan nog onduidelijk is (Garretsen, 2007).

In het algemeen kunnen we stellen dat niet alle maatregelen werken en sommige middelen zelfs een averechts effect zullen hebben. Dus niet alle middelen moeten klakkeloos worden ingezet om ons doel te bereiken.

Het Public Health Perspectief

Hoe ziet “het doel heiligt de middelen” in een public health perspectief eruit? Middelengebruik en risicogedrag, met name alcoholgebruik, roken en overgewicht, hebben grote invloed op de volksgezondheid. Zonder in detail te treden, is alcoholgebruik een belangrijke oorzaak van hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen.

Roken veroorzaakt onder andere hart- en vaatziekten, kanker en longziekten. Overgewicht is een oorzaak van hart- en vaatziekten en diabetes.

Mijn leerstoel is dus niet voor niets gevestigd bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het ErasmusMc. Een definitie van public health luidt als volgt: “de georganiseerde inspanning van de maatschappij gericht op het voorkomen van ziekte, verlenging van leven, en het bevorderen van gezondheid” (Acheson, 1988). In Nederland heeft de aandacht voor de public health een impuls gekregen met de inzet van de hygiënist in de 19e eeuw. Zij maakten duidelijk dat ziekte en gezondheid hun oorzaak voor een groot deel vinden in maatschappelijke omstandigheden en sociaal-economische condities zoals woon-, werk- en leefomgevingen (Heteren van & Boot, 2007).

Het kabinet heeft de afgelopen jaren twee nota's uitgebracht waarin de visie op gezondheid en gezond leven is weergegeven. In 2003 kwam de nota “Langer Gezond Leven” uit (Ministerie van VWS, 2003), in 2006 gevolgd door de nota “Kiezen voor Gezond Leven” (Ministerie van VWS, 2006). In deze nota's wordt de nadruk gelegd op de individuele verantwoordelijkheid. Men gaat uit van de kiezende consument: vrije individuen die door eigen gedrag en keuzes hun eigen wereld inrichten (Heteren van, 2007). “Settings” waarin ongezondheid kan ontstaan worden wel genoemd, maar hoe de relatie tussen omgeving en gezondheid er dan uit ziet en hoe deze beïnvloed kan en moet worden komt slechts zijdelings aan de orde. In de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 2006) wordt de sociale en fysieke omgeving weer bij het gedrag betrokken. Gedrag wordt niet meer neergezet als een op zich zelf staand verschijnsel, maar wordt geplaatst in een sociale context. In de nota “Kiezen voor Gezond Leven” wordt gesteld dat de politieke inzet erop gericht moet zijn om mogelijkheden te creëren dat mensen ook gezonde keuzes kunnen maken, bijvoorbeeld door het aanbieden van meer fruit in schoolkantines. Toch is de boodschap dubbel, want er wordt nog steeds ingezet op “gezond leven is een keuze, en langer leven is simpelweg een kwestie van kiezen voor gezond gedrag” (Stronks, 2007).

Eind 2006 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de RVZ, het “Advies Publieke Gezondheid” uit (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006). De RVZ gaat, meer dan het kabinet, in op de rol van de omgeving en probeert betrokkenheid van burgers te bewerkstelligen, in plaats van de rol van de individuele burger te benadrukken. Maar wat is dan die sociale context? Dat wordt in de diverse nota's niet specifiek uitgewerkt. We hebben het over zowel materiële als immateriële factoren. Denk aan sociale normen die rook- en drinkgedrag beïnvloeden, maar denk ook aan beschikbaarheid van groen, hetgeen invloed heeft op beweeggedrag. Sociale context is echter niet beperkt tot de directe omgeving van het individu, maar ook de omgeving die daaromheen ligt moet daarin betrokken worden. Daarmee bedoelen we hoe de maatschappij is ingericht, bijvoorbeeld het economisch beleid van een land, de

inrichting van het sociale zekerheidsstelsel, het inkomensbeleid en het onderwijsbeleid (Stronks, 2007; Dahlgren & Whitehead, 1991). Uit onderzoek is bekend dat er een relatie is tussen bijvoorbeeld opleiding en armoede enerzijds en middelengebruik anderzijds.

De manier waarop de maatschappij is ingericht, is afhankelijk van de heersende politieke ideologie in een land. David Hunter hield in 2007 de “G-lezing”. “G” is een samenwerkingsverband in de public health sector dat probeert door diverse initiatieven de public health in Nederland op de kaart te krijgen en te houden. Hunter wijst op een gebrek aan commitment van de huidige politiek met de volksgezondheid. Wat laten de politieke partijen in Nederland zien op het thema middelengebruik? Dat is niet om over naar huis te schrijven. Een gezondheidseffectscreening van de verkiezingsprogramma’s laat per volksgezondheidsthema zien welke partijen er aandacht aan besteden (Alphen van & Zoest van, 2006). Ik heb in de gezondheidseffectscreening van 2006 gekeken naar roken en alcohol. Aan deze thema’s wordt in de programma’s van CDA, Christen Unie en PvdA aandacht besteed, hoewel dat bij de PvdA alleen alcohol betreft, de SP deed dat ook, maar heel beperkt. Groen Links en VVD besteden geen aandacht aan ons thema. Echter: hoewel de thema’s soms wel aandacht krijgen wordt weinig aandacht besteed aan de achterliggende sociale dimensies.

Hoe moeten we dan meer van onze doelen bereiken?

De Europese Commissie heeft eind 2006 het concept “Health in All Policies” (Gezondheid in alle beleid) aangenomen. Dit is een strategie om gezondheid en overig beleid met elkaar in verband te brengen (Stahl et al, 2006). Dit concept neemt, terecht, als uitgangspunt dat gezondheid grotendeels bepaald wordt door gezondheidsdeterminanten buiten het terrein van de volksgezondheid. Dit geldt evenzeer specifiek voor de verslavingssector. Uit ons eigen onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven van harddrugverslaafden voor een belangrijk deel bepaald wordt door woonomstandigheden, dagbesteding en het al dan niet hebben van schulden (Barendregt & Mheen van de, 2007a). Tijdens een seminar dat wij vorig jaar organiseerden bleek dat de mogelijkheid van samenwerking tussen de verslavingszorg en de kredietbank voor velen een eye-opener was.

De Raad van de Europese Unie roept in het licht van deze “Health in All policies” op tot brede maatschappelijke actie om gezondheidsdeterminanten aan te pakken, waaronder het schadelijk gebruik van alcohol en tabak, en de verantwoordelijkheid hiervoor niet bij het individu te leggen (Raad van de Europese Unie, 2006). Europa is hiermee dus een stuk verder in de erkenning van de sociale context dan Nederland. Eerder in deze lezing heb ik de driehoek van Zinberg genoemd. We hebben het hier dan over een grotere nadruk op de setting: de omgeving als oorzaak van middelengebruik en verslaving. Het doel heiligt de middelen: we kunnen immers hiermee de negatieve

gevolgen die voortkomen uit middelengebruik en risico gedrag beperken, dus moeten we dat ook doen.

De Tipping Points

Om dit te bereiken zijn zogenaamde “tipping points” oftewel omslagmomenten van belang (Gladwell, 2000). De bedenker hiervan, Gladwell, beschrijft dit als “dat ene dramatische moment in een epidemie waarop alles in één keer anders wordt”. Een tipping point is het tijdstip waarop een trend of een idee zich als een virus onder de bevolking verspreidt. Voorbeelden van epidemieën zijn binge-drinken onder jongeren, gamen of problematisch internetgebruik. Hoe kunnen we nu bewust gebruik maken van een Tipping Point om deze epidemieën te keren? De kunst is uit te gaan van een grote ontvankelijkheid voor nieuwe ideeën of veranderingen. Bijvoorbeeld de doorvoering van het rookverbod per 1 juli 2008. De publieke opinie was verder dan de politici: bijna iedereen, zelfs de rokers, is voorstander van een rookverbod. Als de tijd rijp is kun je het dan ook snel voor elkaar krijgen. Een ander voorbeeld is het optreden van televisiekok Jamie Olivier als pleitbezorger voor betere schoolmaaltijden in Groot Brittannië. Ik denk dat we met alcohol en jongeren ook op een “tipping point” zitten. Door een aantal incidenten van jonge kinderen met een alcoholvergiftiging op de Spoedeisende Hulp, gecombineerd met het overtuigend wetenschappelijk bewijs dat alcohol schadelijke gevolgen heeft voor het adolescentie brein én dat ouders een rol kunnen spelen door regels te stellen, is de tijd rijp voor acceptatie van beleidsmaatregelen. Te denken valt aan verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop van alle alcohol, zowel licht als zwaar, naar 18 jaar, verkoop van alcohol alleen bij slijterijen, strikte handhaving van leeftijdsgrenzen in de horeca etcetera. Gedragsverandering duurt lang, het heeft met roken ook lang geduurd, maar uiteindelijk is een attitudeverandering wel tot stand gekomen. Met betrekking tot alcohol is er nu een voedingsbodem om maatregelen door te kunnen voeren.

Een ander voorbeeld van een tipping point is het samengaan van zorg en repressie in de Rotterdamse harddrugscene. IVO-onderzoeker Cas Barendregt en ik hebben dat beschreven in een publicatie met de veelzeggende titel *“Toen was het stil op straat”* (Barendregt & Mheen van de, 2007b). We constateren een verandering in het Rotterdamse drugsbeleid in de afgelopen 10 jaar: door repressieve maatregelen werd de speelruimte van daklozen en drugsverslaafden kleiner. Dit kunnen we zien als een weerspiegeling van de tijdgeest: de toegenomen roep om veiligheid manifesteert zich in het drugsbeleid. In z’n algemeenheid wordt het straatbeeld in Rotterdam minder bepaald door daklozen en verslaafden dan in de jaren ‘90 en het begin van deze eeuw. Wat nieuw is met betrekking tot de situatie van daarvoor is de samenwerking met de zorg: zorg, behandeling en maatschappelijk herstel worden ook door de lokale

overheid gezien als noodzakelijke ingrediënten om terugval te voorkomen. De sluiting van de prostitutiezone ging bijvoorbeeld samen met de opening van zorgcentra voor de prostituerende vrouwen en de mannen die daar gebruik van maakten. Een ander voorbeeld is een zogenaamde woon-zorg-werk voorziening, die in 2007 werd geopend: een voorziening voor langdurig verblijf voor dakloze drugsverslaafden, waar tevens op locatie zorg en werk wordt aangeboden (Vliet van & Poel van der, 2007). Samengaan van zorg en repressie werkt! De tijd was er rijp voor.

Mijn persoonlijke doel

Dan als laatste: wat is mijn persoonlijke doel als hoogleraar Verslavingsonderzoek? Een bijzondere leerstoel Verslavingsonderzoek moet via wetenschappelijk onderzoek en onderwijs bijdragen aan het verminderen dan wel oplossen van zowel individuele als maatschappelijke problematiek als gevolg van middelengebruik, risicogedrag en verslaving. Theoretische kennisvermeerdering is nodig, en via deze leerstoel kan die kennis verworven en overgedragen worden. Dit klinkt als een nobel streven. En dit doel is ook haalbaar. De vraag is: hoe ga ik dit doel bereiken? En welke middelen zijn hiervoor inzetbaar?

De wetenschap heeft al veel onderzocht. Ik ga u hier geen overzicht geven van de state-of-the-art. Bijvoorbeeld de Nationale Drugs Monitor (2008), state-of-the art studies van ZonMw (2006) en producten van Resultaten Scoren (GGZ-kennnisnet 2007) laten dit voortreffelijk zien.

Wat ik u wel zal laten zien zijn de zaken die wij bij het IVO in de nabije toekomst willen en gaan onderzoeken. Samen met de mensen die er werken kan ik de plannen binnen mijn leerstoel verwezenlijken. Sommigen van hen ziet u op deze foto, bij ons Rotterdamse pand. Daarnaast werken we ook samen met onderzoekers van de Universiteiten van Nijmegen, Maastricht en Tilburg. We werken op 6 onderzoeks-terreinen:

- Alcohol
- Roken
- Cannabis, harddrugs en nieuwe drugs
- Internet
- Overgewicht
- Maatschappelijke opvang en zorg

Het IVO heeft haar expertise opgebouwd in sociaal-epidemiologisch en sociaal wetenschappelijk onderzoek. Binnen de zes beschreven onderzoeksterreinen focussen we op risicogroepen: jongeren en gemarginaliseerden. Er zijn daarbinnen vele specifieke onderzoeksvragen waar het IVO zich de komende tijd mee zal bezig houden. Ik heb er tien op een rijtje gezet.

- Wat is de rol van ouders bij de preventie van excessief alcoholgebruik en probleemdrinken bij jongeren?
- Hoe ziet de relatie tussen alcohol en agressie, waaronder huiselijk geweld, eruit, en hoe wordt deze verklaard?
- Hoe kunnen we stoppen met roken onder jongeren bevorderen? Wat kunnen ouders hieraan doen?
- Wat is de effectiviteit van anti-rook maatregelen, zoals angstaanjagende plaatjes op pakjes sigaretten, of het rookverbod in de horeca?
- Welke nieuwe middelen zijn er op de markt? Waar komen ze op, wie gebruikt ze, in

welk gebruikspatroon, et cetera?

- Wat zijn de ingrediënten van een effectief coffeeshop beleid?
- Wat zijn de gevolgen van het gebruik van specifieke toepassingen van internet zoals gamen en gokken?
- Zijn er neurologische aanwijzingen voor het optreden van internetverslaving?
- Op welke oorzaken van overgewicht bij kinderen kan preventie het beste gericht worden?
- Wat is de effectiviteit van zorg en preventie voor doelgroepen van de maatschappelijke opvang?

Natuurlijk zijn er meer vragen, maar ik moet keuzes maken in wat ik u in drie kwartier kan vertellen.

Onderwijs op het terrein van verslaving en verslavingsonderzoek

Een leerstoel gaat over onderzoek en onderwijs. Voor de overdracht van wetenschappelijke kennis op het gebied van leefwijzen en verslaving is goed onderwijs essentieel. Ik ben een groot voorstander van de methode van probleemgestuurd onderwijs. Alle geneeskundestudenten, mijn leerstoel is immers gevestigd aan de medische faculteit, moeten in het curriculum leren wat verslaving en risicogedrag is. Binnen dat onderwijs dient kennis over oorzaken van verslaving, onderzoeksmethoden, en zorg en preventie aan de orde te komen. Niet iedere student hoeft verslavingsarts te worden, maar ze moeten wel het telefoonnummer van de verslavingszorg kennen!

Tot slot

Het laatste persbericht van het CBS van vorige week (CBS, 18 maart 2008) kopt: “gezonde leefstijl wint langzaam terrein”. Ook wanneer we de laatste Nationale Drugs Monitor bekijken hoeven we niet somber gestemd te zijn (Nationale Drugs Monitor, 2008). Ik kan niet aantonen dat dit het gevolg is van middelen als beleidsmaatregelen en preventie, die ik hiervoor heb beschreven. Meer wetenschappelijk onderzoek is daarvoor nodig. Maar zijn we dan op de goede weg? Ik denk van wel, al zijn er nog veel maatregelen nodig, zoals ik heb betoogd.

Terug naar het doel en de middelen. Mijn doel is, zoals gezegd, via wetenschappelijk onderzoek en onderwijs bij te dragen aan het verminderen dan wel oplossen van problematiek als gevolg van middelengebruik, risicogedrag en verslaving. Voor mij een heilig doel. Het middel dat ik daartoe ter beschikking heb is deze leerstoel. Ik ga ervoor!

Dankwoord

Dames en heren, tot slot enkele woorden van dank. Allereerst dank ik de Stichting Volksbond Rotterdam voor het instellen van de Leerstoel Verslavingsonderzoek. Ik dank hen, de Raad van Toezicht van de Stichting IVO, de Erasmus Universiteit en het Erasmus MC voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop het waar te kunnen maken.

Er is een aantal mensen die een bijzonder woord van dank verdienen. Ten eerste Miranda Audenaardt. Beste Miranda, eigenlijk is deze leerstoel van ons samen. Ik sta hier dan wel, maar zonder jouw steun was dat niet gelukt. Samen geven wij leiding aan het IVO en mede dankzij jouw niet aflatende inzet, organisatietalent en strategisch inzicht doe ik dat al lange tijd met heel veel plezier. Dank daarvoor. Ten tweede prof. dr. Henk Garretsen. Beste Henk, tijdens mijn studie stelde ik je een vraag tijdens een werkcollege, waarop je antwoord was: “goeie vraag, moet je stage over komen lopen”. Dat heb ik gedaan en daarna ben je nooit meer van me af gekomen. Ik dank je voor je niet aflatende inzet en eeuwige optimisme op mijn weg om jouw opvolger te worden. De derde persoon die een speciaal woord van dank verdient is prof. dr. Johan Mackenbach. Beste Johan, ik heb het ook al in het dankwoord van mijn proefschrift gezegd: een betere leermeester had ik me niet kunnen wensen. Van jou heb ik het vak geleerd. Ik vind het erg leuk weer bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg te mogen werken. Prof. dr. Karien Stronks was destijds mijn collega. Beste Karien: zonder jou had dat proefschrift er niet gelegen en had ik hier dus ook niet gestaan. Ik ben er trots op dat wij het glazen plafond hebben gekraakt.

Mijn collega's bij het IVO ga ik niet allemaal bij naam noemen. Maar zij zijn de belangrijkste mensen die het verwezenlijken van al mijn mooie doelstellingen mogelijk maken. Ik dank jullie voor de afgelopen 10 jaar samen werken: zoveel leuke en vooral betrokken mensen maken dat ik dit werk met veel plezier doe.

Dan kom ik bij het belangrijkste om mij heen: mijn familie en vrienden. De Maastrichtse klik: met jullie werd de basis voor mijn wetenschappelijke carrière gelegd. Dank voor 25 jaar bijzondere vriendschap.

Mijn ouders, Jan van de Mheen en Betsy van de Mheen-Pijpers, ik weet dat jullie ontzettend trots op mij zijn, maar ik ben trots op jullie. De kansen die jullie me hebben gegeven, hebben gemaakt dat ik hier nu sta. De maatschappelijke betrokkenheid gecombineerd met een calvinistisch “maak gebruik van je talenten” heb ik van jullie geleerd.

Dan Joost. Je wilde altijd een vrouw die mooi en slim was. Het eerste is gelukkig subjectief, dus daar zeg ik verder maar niets over. Het tweede blijkt in praktijk wel tegen te vallen. Voor zover al aanwezig heb je er meer last dan gemak van. Dank voor je liefde en dank voor de ruimte die ik van je krijg.

Als laatste Fien en Rosa. Ik heb jullie gezegd dat ik iets speciaal tegen jullie zou zeggen na drie kwartier stil zitten. Deze toga werd door jullie als “nou, wel een saaie jurk” afgedaan. Jullie liefde is onvoorwaardelijk. Dat is een ongelooflijk mooie verantwoordelijkheid. Ik hoop dat ik nog heel lang “de allerliefste mama van de hele wereld mag blijven”. En Fien: dat professorsfeestje kan nu eindelijk beginnen!

Ik heb gezegd.

Literatuurlijst

- Acheson R. *Public health in England - the report of the committee of the enquiry into the future development of the public health function*. Cm289. London: HMSO, 1988
- Alphen T van, Zoest F van. *Public Health verkozen. Screening verkiezingsprogramma's CDA, Christen Unie, Groen Links, PvdA, SP en VVD op Public Health thema's en maatregelen*. Abcoude: Stichting Public Health Forum, 2006
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*, 2000
- Babor TF. *Tackling alcohol misuse in the UK. Higher alcohol taxes and restricting availability are essential*. BMJ 2008;336:455
- Barendregt C, Mheen D van de. *Ambulante Woonbegeleiding voor Verslaafden. Evaluatie van het project (2) Onderdak*. Rotterdam: IVO, 2007a
- Barendregt C, Mheen D van de. *Toen was het stil op straat. Ontwikkelingen in het Rotterdamse straatbeeld 2006*. Factsheet. Rotterdam: IVO, 2007b
- Becker HS. *Becoming a Marijuana User*. Am J Sociol 1953;59:235-242
- British Medical Association Board of Science. *Alcohol misuse: tackling the UK epidemic*. British Medical Association, 2008
- CBS, persbericht 18 maart 2008
- Dale van. *Groot Woordenboek der Nederlandse taal*. Twaalfde herziene druk. Utrecht / Antwerpen: Van Dale Lexicografie, 1992
- Dalrymple T. *Drugs. De mythes en de leugens*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2006.
- Dhalgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote equity and health*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 1991
- Epen JH van. *Drugsverslaving en alcoholisme. Kennis en achtergronden voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002
- Garretsen H. *Veel belangen rond sluitingstijden horeca*. Rotterdam: IVO bulletin 2007;10:2
- Gemeente Rotterdam. *Afdeling Openbare Orde en Veiligheid*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2004
- www.GGz-kennisnet.nl. Bibliografische productenlijst *Resultaten Scoren 1999 - 2007*
- Gladwell M. *The Tipping Point*. London: Abacus, 2000
- Hunter DJ. G-Lezing 2007. *Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg: de noodzaak van een nieuw paradigma*. Utrecht: J. Luteijs, 2007
- Heteren G van. *Publieke gezondheid als wil en voorstelling: de worsteling met de publieke zaak*. In: *Stichting Public Health Forum. Jaarboek Publieke Gezondheid 2007*. Abcoude: Stichting Public Health Forum, 2007, p 16-25
- Heteren G van, Boot JM. *Inleiding: Public Health is het stelsel*. In: *Stichting Public Health Forum. Jaarboek Publieke Gezondheid 2007*. Abcoude: Stichting Public Health Forum, 2007, p 12-15
- Hyman, SE. *The neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control of Behavior*. Am J of Bioethics 2007;7: 8-11

- Kotler Ph. *Principles of Marketing*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2003
- Leshner AI. *Addiction is a brain disease, and it matters*. Science 1997;278:45-47
- Loo M van het, Hoorens S, Hof C van 't, Kahan JP. RAND. *Cannabis Policy, Implementation and Outcomes*. Santa Monica: RAND Corporation, 2003
- Ministerie van VWS. *Kiezen voor Gezond Leven 2007-2010. Kamerstuk 2006-2007, 22894, nr 110*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006
- Ministerie van VWS. *Langer Gezond Leven 2004-2007: Ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003
- Morse SJ *Voluntary Control of Behavior and Responsibility*. Am J of Bioethics 2007;7: 12-13
- Mulder N, 2007
- Munro G, Wever J de. *Culture clash: alcohol marketing and public health aspirations*. Drug and Alcohol Review 2008;27:204-211
- Nationale Drug Monitor. *Jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008
- Noorlander E. *Persoonlijke mededeling*, 2008
- O'Brien C. *Verslaafde breinen*. Amsterdam: De Volkskrant Boekenfonds, 2004
- O'Brien CP, McLellan T. *Myth about the treatment of addiction*. Lancet 1996; 347:237-240
- Powell T. *Wrestling Satan and Conquering Doamine: Addiction and Free Will*. Am J of Bioethics 2007;7: 14-15
- Raad van de Europese Unie. *Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP)*. Brussel: Raad van de Europese Unie, 2006
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Signalement Goed patiëntschap*. Den Haag: RVZ, 2008
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Publieke Gezondheid*. Den Haag: RVZ, 2006
- RIVM. *Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006
- Room R, Babor T, Rehm J. *Alcohol and Public Health*. Lancet 2005;365:519-530
- Smit AB. *Hersenen op sterk water*. Lezing FADO. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007
- Stahl T, Wisma M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (red). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki: Fins Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid en Europese Observatory on Health Systems and Policies, 2006
- Stel J van der. *Het probleem Verslaving. Deel II (Biologische en sociaal psychologische aspecten van 'drug seeking behavior')*. Praecox 2002, nr 28, 5-10
- Stronks K. *Van VTV naar beleid: gezondheidsverschillen in Nederland aangepakt*. In: *Stichting Public Health Forum. Jaarboek Publieke Gezondheid 2007*. Abcoude: Stichting Public Health Forum, 2007, p 26-39
- Vliet E van, Poel A van der. *Procevaluatie Woon-Zorg-Werk. Resultaten eerste meting 2007*. Rotterdam: IVO, 2008 concept

- Vorst H van der. *The key to the cellar door. The role of the family in Adolescents' alcohol use*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, thesis, 2007
- Wetering BJM van de, Czyzewski ECJE. *Visiedocument. Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingzorg*. Rotterdam: Bouman Verslavingszorg, 2001
- Wiers RW. *Het ontstaan van verslavingsgedrag bij jongeren. Inaugurale rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2006
- Zinberg NE. *Drug, Set and Setting: the Basis for Controlled Intoxicant use*. New haven: Yale University Press, 1984
- ZonMw. *State of the art studies verslavingsonderzoek. Deel 1 t/m deel 6*. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving, 2006

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 97-8907790-65-07

